

Mielenterveyspolitiikka terveyspolitiikan keskiöön

JARKKO ESKOLA & VAPPU TAIPALE

”There is no Health without Mental Health”. Tämä oli suomalaisen terveyspolitiikan viesti, kun Suomi otti vastuun ensimmäistä EU-puheenjohtajuudestaan vuonna 1999. Vain kymmenen vuotta aiemmin olimme siirtyneet mielenterveyspalveluissa ”sadanviidenkymmenen vuoden yksinäisyydestä” terveydenhuoltomme yhtenäisyyteen. Vasta vuonna 1990 poistimme hallinnolliset ja lainsäädännölliset rajat erikoissairaanhoidon eri osa-alueitten väliltä. Suomi oli vuoden 1844 ”keisarillisen houreinhoidon asetuksen” jälkeen rakentanut houreinhoitonsa hulluuden ja mielisairauden leimojen pohjalta erillislainsäädännön, erillishoitajärjestelmän ja eriytyneiden laitosten varaan. Mielisairaanhoidon oli suljetun hoidon ja eristämisideologian leimamaa. Se oli terveydenhuollon kokonaisuudessa iso ”pikkuväli” suurine laitostekonaisuuksineen, eriytyneine koulutusjärjestelyineen ja vain niukasti muuhun somaattiseen terveydenhoitoon saumautuneena. Tilanne mielenterveystyön osalta oli samanlainen myös muualla Euroopassa. Ei siis ollut aivan ihme, että sekä kotimaiset asiantuntijat, mutta erityisesti ulkopoliittiseen integraatioon suuntautuneet virkamiehet ihmettelivät ja osin vastustivatkin ajatusta, että Suomi profiloituisi ensimmäisellä EU-puheenjohtajuuskautellaan terveydenhuollossa ”hulluus”-teemalla. Kun Suomen edustaja esitteli teeman ennakolta suurlähettiläiden kokouksessa Brysselissä, se aiheutti ihmettelevän ja hämmentyneen naurun ”ei kai ole totta?” Mielenteemasta tuli kuitenkin menestys, joka seuraavat kuusi vuotta, pidempään kuin mikään muu terveysteema, säilyi seuraavien puheenjohtajuuksien terveysaiheena. Olimme ymmärtäneet mielenterveyden tematiikan ajankohtaisuuden.

Suurlähettiläiden hämmentynyt nauru kuvaa mielenterveyden ja siihen suhtautumisen keskeisintä ongelmaa: stigmaa, poltinmerkintää, ennakoluuloa, joka on vuosisatoja, jollei tuhansia, värjännyt ihmisten suhdetta vaikeasti ymmärrettävään ja poikkeavaan käyttäytymiseen – hulluuteen. Se on iskostunut ja sisäistynyt kulttuuriimme, ja me perimme sen, jollei geneettisesti, niin ainakin sosiaalisesti äidinmaidon kautta. Se on niin syvällä kulttuurissamme, että se leimaa myös kaikki mielenterveystematiikkaan osallistujat ja saa kaikki puolustuskannalle. Tämän ennakoluulon murtaminen lienee tärkein ja vaikein mielenterveyden edistämisen tehtävä. Se on edelleen piilevästi yhtä vahva kuin oli pelkomme syöpään vielä vain sukupolvi sitten. Tämä poltinmerkki leimaa yhä koko psykiatrian kenttää ja vaikeuttaa terveydenhuollon todellista integraatiota. Tämän totesi myös maailman johtava terveysalan aikakauslehti Lancet johdantoartikkelissaan, jossa se esitteli laajan globaalia mielenterveyttä tarkastelevan artikkelisarjansa vuonna 2007.

Mitä mielenterveys on?

Mielenterveys on 1970-luvulta asti ymmärretty ihmisten ja yhteisöjen uusiutuvana voimavarana, joka on uusiutuvien luonnonvarojen kaltainen. Kun mielenterveys nähdään voimavarana, sen luonteeseen kuuluu joukko ominaisuuksia. Voimavarat voivat olla samalla ihmisellä eri aikoina erilaiset, samoin eri ihmisten voimavarat voivat olla erisuuruiset. Mielenterveyden uusiutuminen ja kuluminen on jokapäiväinen ilmiö. Mielenterveys näin käsitettynä ei ole mielen sairauksien vastapooli. Sairaimmallakin ihmisellä voi olla omat vahvuutensa ja terveyden alueet.

Lyhyellä aikajänteellä uusiutumisen ja kuluminen kokemukset liittyvät tavanomaiseen arkeen iloiseen ja suruineen. Onnistumisen kokemukset, kanssaihminen ystävällisyys yhtä hyvin kuin kauneuden elämykset uusintavat mielenterveyttä. Pettymykset, harmin aiheet ja epäonnistumiset kuluttavat voimavaroja. Pitkällä aikajänteellä tärkeät ihmissuhteet, oma itsetunto ja luottamus tulevaisuuteen lisäävät voimavaroja. Toisaalta ihmisen elämässä voi olla jaksoja, jolloin stressi, menetykset tai ihmissuhdevaikeudet kuluttavat voimavaroja tavattomasti ja uusiutumisen tarve käy suureksi. Mielenterveys on kuitenkin rajallinen voimavara, äärimmilleen ahdistetuna jokainen reagoi psyykkisellä ahdistuksella.

Mielenterveydellä on sosiaaliset, psyykkiset ja biologiset juurensa. Sosiaaliset juuret ovat vahvat: ilman sosiaalista ihmisyyttä lapsella ei olisi minkäänlaisia edellytyksiä kehittyä. Laajempi yhteiskunnallinen kehys määrittää kulttuuriamme, elämäntapojamme, perhemalleja, miehen ja naisen rooleja ja arvomaailmaamme. Biologia rakentaa ihmisen temperamenttia ja antaa geneettisen pohjan, joka ympäristövaikutuksista riippuen johtaa erilaisiin psyykkisiin rakenteisiin. Psyykkiset mielenterveyden juuret rakentuvat varhaislapsuuden kokemuksille, murrosiän vaiheet tarjoavat eräänlaisen ”uuden mahdollisuuden” myönteiselle kehitykselle, ja parisuhteen rakentaminen sekä vanhemmuus tarjoavat sekä haasteita että rakennusaineita mielenterveydelle.

Perhetutkija Theodore Lidz sanoo kauniisti, että jokainen lapsi saa syntyessään kaksi perintöä. Toinen on se perintö, johon hän syntyy, ja toinen se, jonka kanssa hän syntyy. Molemmissa on yleinen ja erityinen puolensa. Lapsi syntyy omaan maahansa ja oman yhteisönsä kulttuuriin, mutta samalla ainutlaatuiseen tilanteeseen omassa perheessään. Se perintö, jonka kanssa hän syntyy, on hänen etninen taustansa ja toisaalta aivan omintakeinen geneettinen rakenteensa.

Perusturvallisuuden käsitteellä on aivan erityinen sijansa mielenterveystyössä. Lapsen perusturvallisuus syntyy hyvin varhaisten kokemusten myötä, mutta sen vaikutus ulottuu koko myöhempään elämään. Vauvalla on jo syntyessään valmius rakastavaan vuorovaikutukseen. Tärkeäksi käy, miten ympäristö tähän reagoi. Vauva tarvitsee turvallisia rutiineja ja varmuuden siitä, että sen tarpeet tyydytetään riittävän hyvin. Puutteellista perusturvallisuutta on työlästä – vaikka ei mahdollista – rakentaa vahvaksi myöhemmin.

Nykyinen vauvatutkimus, *infant research*, on hyvä esimerkki monitieteisestä lähestymistavasta, sillä mukaan tarvitaan psykologien ja psykiatrien lisäksi monia asiantuntijoita etnologeista, sosiologeista ja kasvatustieteilijöistä aina neurofysiologeihin ja informaatioteknologian taitajiin asti. Tämän tutkimuksen piirissä psykoanalyttikot kohtaavat kuvantamisasiantuntijat ja tutkijat joutuvat kehittämään yhteisen kielen ja yhteisiä käsitteitä.

Viime aikojen tutkimus on lähestynyt psyykkisen terveyden epidemiologiaa. Jos lapset olisivat hauraita ja särkyviä, ihmiskunta ei olisi enää kasassa. Selviytymiskyky, resilienssi, on tutkimuksen keskiössä tällä hetkellä. Miksi hyvin vaikeissa elämäolosuhteissa kasvavista lapsista vain pieni osa häiriytyy psyykkisesti? Lapsissa tai elämäntilanteissa on tällöin joitakin suojaavia tekijöitä. Stressikokemukset voivat terästä ihmistä vastaisen varalle. Vaikeat koettelemukset muovaavat ihmisen reaktioita tavalla, joka helpottaa seuraavassa vastoinkäymisessä. Suojaava tekijä voi olla myös yksilön persoonallisuuden erikoislaatu tai muu ominaisuus. Miehet ja naiset esimerkiksi reagoivat eri lailla hankalissa elämäntilanteissa. Pojat näyttävät olevan haavoittuvampia kuin tytöt lapsuuden aikana. Selviytymistä voidaan edistää erilaisilla toimenpiteillä ja suhtautumistavoilla. Tiedetään esimerkiksi, että läheisen aikuisen läsnäolo vähentää lapsen stressiä. Emotionaalinen tuki vähentää ahdistavien kokemusten vaikutusta. Myönteiset kokemukset rakentavat itsetuntoa ja itseluottamusta. Suojaavat tekijät vähentävät riskiolosuhteiden vaikutusta, vähentävät kielteisiä ketjureaktioita, kohentavat itsetuntoa ja auttavat näkemään uusia mahdollisuuksia.

Tietoyhteiskuntakehitys muuttaa ihmisten arkielämää, sillä tuotantotapa vaikuttaa ihmisten elämän kulkuun. Maatalousyhteiskunnassa ihmiset elivät luonnon rytmin mukaisesti ja työn vaatimat taidot opittiin työnteon kautta. Teollinen yhteiskunta vaati enemmän osaamista ja rytmitti arkielämän työn vaatimusten mukaan. Kappalevaratuotanto leimaa vielä nykyistä terveydenhuollon tuottavuusajattelua, vaikka tavoitteena on tuottaa terveyttä, ei suoritteita. Tietoyhteiskunnan tuotantotapa asettaa ihmiselle mentaalisia suoriutumisvaatimuksia. Tietoyhteiskunta ei ole koneita, vehkeitä ja piuhoja, sillä se on kokonaan mentaalinen projekti. Se vaatii mielen taitoja, oppimista, luovuutta, innovatiivisuutta, uudistumiskykyä, sosiaalisia taitoja, verkostoitu-

mista. Se myös kuluttaa mielen taitoja eri tavalla kuin teollinen tai maatalousyhteiskunta.

Emme vielä tiedä, miten tietoyhteiskunnan tuotantotapa vaikuttaa ihmisiin ja perheiden elämään. Yksin asuminen yleistyy koko maailmassa tasaisesti, se ei ole enää asumisen välivaihe vaan pysyvät järjestely erityisesti vanhalla ikää. Perheentymisen trendit ovat myös hyvin samanlaisia koko maailmassa. Lapsiluku vähenee hyvinvoinnin ja naisten koulutustason myötä. Avioeroisuus lisääntyy kaikissa sukupolvisissa. Vuonna 2007 tilastot kertovat, että Suomessa lapsista joka viidennellä äidinpuoleiset isovanhemmat ja joka neljännellä isänpuoleiset isovanhemmat asuvat eri osoitteissa. Oliko ydinperhe pelkästään teollinen konstruktio, josta palataan perheentymisvaiheessa asumaan ja elämään kotitalouksina vaihtuvine jäsenineen, se jää nähtäväksi.

Promootio, preventio ja politiikka

Sosiaali- ja terveysala on laaja kokonaisuus. Se toimii vertikaalisena kokonaisuutena, jossa taudit ja häiriöt määrittävät toimenpiteitä. Häiriöiden ominaisuuksiin pyritään pääsemään yhä syvemmälle. Samalla toimenpiteet, joilla tilanteita hallitaan, ovat kehittyneet omaa rataansa. Ei ole tavanomaista, että eri alueita verrataan toisiinsa tai että ne kehittyvät rinta rinnan. Kun kehitysvammahuollossa vanhempien painostuksesta ryhdyttiin rakentamaan palveluasuntoja ja vaadittiin yhden hengen huoneita tai asuntoja, tällaiset vaatimukset eivät ulottuneet vanhustenhuoltoon tai silloiseen mielisairaanhuntoon. Kun asiakasyhdistykset tai potilasyhdistykset olivat vakiintuneita, traditionaalisia ja vaikutusvaltaisia sydäntaudeissa tai sotainvalidien keskuudessa, mielen-terveystyö sai odottaa vielä omaa sisäistä vahvistumistaan. Kun mielen-terveystyö on tullut jo vakiintuneeksi nimitykseksi toimintojen, palvelujen ja hoidon kokonaisuudelle, ”vanhustyö” vastataistelee tilastaan ja oikeutuksestaan.

Psykkisten oireiden ilmeneminen on riippuvainen yhteisön kulttuurista ja sosiaalihistoriasta.

Hysteria oli sata vuotta sitten varsin tavallinen lasten psykkinen häiriö. Lapset ja aikuiset, varsinkin naiset, halvaantuivat tai sokeutuivat psykkisen paineen alla, vaikka vastaavaa ruumiillista häiriötä ei voitu todeta. Kun hysteriaa lähdettiin tutkimaan, selitysmalleja ja hoitomuotoja kehiteltiin, aika oli jo kulkenut oireen ohi.

Vielä 1960-luvulla skitsofrenia ilmeni katatoniana, täydellisenä kieltäytymisenä yhteistyöstä ympäristön kanssa, jolloin sairas jäähmettyi suolapatsaaksi. Nykyisin katatoniaa ei juuri enää ole. Kun neuroottiset häiriöt yleistyivät, rakennettiin niiden selitysmalli ja hyviä hoitomuotoja oireisiin. Mutta yhteiskunta oli jo muuttunut, nyt oireet olivat erilaisia: persoonallisuushäiriöitä, rajatiloja, epävakaita persoonallisuuksia.

Mielen sairaudet ovat olleet mielen-terveystyön ensisijaisena huomion kohteena koko pitkän historian aikana. Ajatus preventiosta, mielen-terveyden häiriöiden ehkäisystä, alkoi kehittyä varsin myöhään. Klassinen jako primaaripreventioon, sekundaaripreventioon ja tertiäripreventioon sai sisällökseen mielen-terveyden häiriöiden ehkäisyn, lievien häiriöiden hoidon ja sairaiden kuntoutuksen. Fokus oli edelleen häiriöissä.

Kriisiteoria syntyi 1960-luvulla. Se antoi laajempaa ymmärrystä ihmiselämän monille kriiseille, olipa sitten kyse avioeroista, läheisen kuolemasta tai työelämän vaikeuksista. Inhimillinen reaktiotapa suuren vaikeuden tullessa vastaan on varsin universaalinen. Havaittiin myös, että väärällä suhtautumisella kriisiin pitkitetään ihmisen psyykkistä epätasapainoa eikä suinkaan auteta tasapainoa kohti.

1970-luku näki laajan perheterapian koulutuskierroksen maassamme. Se painotti normaalisuuspäätettä ja kaikkien perheenjäsenten yhtäläistä tarvetta saada ymmärrystä osakseen. Se rikkoi terapian ”mustan laatikon”, sillä istunnot usein videoitiin tai työnhajaaja ja opiskelijat seurasivat prosessia yksisuuntaisen peilin läpi. Kaikki voivat nähdä, mitä terapiassa tapahtuu.

1980-luvulla, WHO:n Ottawan kokouksen dokumentoituina syntyivät terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen teoria. Se pohjautui sosiaaliseen konstruktivismiin ja terveys sosiologiaan ja haastoi kansakunnat rakentamaan laaja-alaista terveyspolitiikkaa sekä voimaannuttamaan kansalaiset itse.

Mielen-terveyden edistäminen tuli samalla ajatusmallina esiin. Tällä hetkellä, 2010-luvun alussa, toimintamalleja kehitellään määrätietoisesti ja tutkimus etenee. Australialaiset ja britit ovat etunenässä. Professori Clemens Hosman Hollannista on eräs tunnetuimmista mielen-terveyden edistämisen tutkijoista. Hänen mukaansa mielen-terveyden edistämisen teoria on vahva ja metodiikka on yhtä luotettavaa kuin biolääketieteellisessä, psykologisessa tai sosiologisessa tutkimukses-

sa. Nyt voidaan kiistatta osoittaa, että mielenterveyden edistäminen toimii.

Nyky-yhteiskunta ei sovellu vertikaalisiin toimiin. Se on hyvin horisontaalinen. Kaikki vaikuttaa kaikkeen. Eri politiikkalohkojen toiminnalla on vaikutuksia laajalti muille alueille. Siten mielenterveyspolitiikkaan vaikuttavat monet muut politiikkalohkot, kuten kulttuuripolitiikka, sosiaalipolitiikka, koulutuspolitiikka tai oikeuspolitiikka, ja päinvastoin mielenterveyspolitiikka kytkeytyy vaikuttavana tekijänä innovaatiopolitiikkaan.

Mielisairaanhoidon mielenterveystyön astinlautana

Stigma mielensairauden ympärillä on kulttuurisesti iskostunut meihin hyvin syvälle ja ympäristön sosiaalisen paineen kasvaessa se ilmaantuu aina uudelleen ja muokkaa toimiamme jatkuvasti.

Ainakin voi sanoa, että psykiatrian historiaa on helppo kuvittaa kauhujen, karkotusten ja kalte-reitten kautta. ”Hullu”, ”houru” tai ”mielenvikainen” on ollut käsittämätön, vahvalla leimalla yksilön ja hänen läheisensä sosiaalisesta ympäristöstään eristävä tila. Kohderyhmä, mielenterveydeltään häiriintyneet, on vuosisatojen mitassa koettu riivatuiksi, heidät on karkotettu kaukaisille saarille, metsänsiimekseen, sidottu kunnalliskotien mielisairasosastojen kahleisiin tai myöhemmin hienommin ”nykytermein” lepositeisiin ja eristyshuoneisiin tai ehkä myös lääkkeelliseen kemialliseen pakkopaitaan. Heihin on kohdistettu rajuja hoidon nimikkeellä toteutettuja toimenpiteitä, kuten lobotomiaa, aivojen tiettyjen osien yhteyksien katkaisemista, insuliini- ja sähköshokkihoitoa. Nämä asenteet ja hoitomuodot eivät ole vain historiaa, vaan nykypäivää monissa osissa maailmaa, valitettavasti myös Euroopassa.

1900-luvun puoliväli todisti yhteiskunnallisten aatteiden voimaa, jota kohdennettiin sekä rotuun että psyykkisen häiriön omaavien ihmisten bruttaaliin eliminointiin. Holokausti, keskitysleirit ja savuavat polttouunit eivät olleet vain juutalaisten vaan myös kehitysvammaisten ja psyykkisesti sairaiden ihmisten kohtalo Natsi-Saksan hallitsemilla alueilla.

Aatteilla ja ideologioilla on ollut aina vahva voima aikalaissäskytyksiin mielenhäiriöistä ja niihin suhtautumisesta. Ne ovat ylläpitäneet stigmaa, leimaa yli sukupolvien ja siirtäneet sitä edel-

leen alitajuisena asenteena tuleville sukupolville. Niin kauan kuin emme tiedä ja ymmärrä syitä emme myöskään irtoa tästä stigman kierteestä.

Naomi Kleinin kirja ”The Shock Doctrine”, suomennettuna ”Tuho kapitalismin nousu”, alkaa rajulla kuvauksella 1940-luvun lopun psykiatrisesta hoitokokeilusta kanadalaisessa psykiatrisessa yliopistosairaalassa, jossa vapaaehtoisesti hoitoon tulevat alistetaan suljettuun hoitoon. Heidät eristetään useiksi kuukausiksi, heiltä pyritään poistamaan kokonaan heidän minuutensa, he ovat ”tabula rasa” -kokeiden, mielen tyhjennyksen koekaniineja tavoitteena rakentaa uusi psyyke. Ajatuksena oli, että tuhoamalla ihmisen minuuksensa häneen tulisi tyhjä tila uudelle minuudelle, joka sitten luotaisiin ulkoapäin. Tutkimusta rahoitti CIA, Yhdysvaltojen salainen tiedustelupalvelu. Ymmärrettävästi kokeilu epäonnistuu. Traagista ja psykiatriaa syvästi tahrivaa on, että tuon kokeilun suorittajasta tulee sittemmin sekä Kanadan että Yhdysvaltojen ja vielä myöhemmin Maailman Psykiatridistykseen puheenjohtaja. Hänen täysin epäeettinen hoitomenetelmänsä ei estä hänen nousuaan näihin asemiin.

CIA käytti sittemmin näiden kokeiden tuloksia käsikirjassaan, jolla se ohjeisti samojen menetelmien käyttöä vankien kuulusteluissa, nyt kiduttamismenetelminä. Naomi Klein argumentoi, että näin kehittyneitä menetelmiä, sokkihoitoa, on sovellettu laajamittaisesti eri maissa toteutettujen talousuudistusten toimeenpanossa. Yhteiskunnallista sokkivaihetta on käytetty välineenä rajun yhteiskunnallisen muutoksen aikaansaamiseen ja toteutetut toimenpiteet on sitten puettu vapaan talouden verhoon. Kleinin mukaan vapaan talouden doktriini, ns. Freedmanin talousoppi ja Chicagon ekonomistien koulukunta, on sittemmin ollut se keskeinen talousoppi, jota on sovellettu ns. vapaakaupan hengessä eri puolilla maailmaa. Tuon opin ensimmäinen kokeilu toteutettiin Pinochetin Chilen vallankaappaukseen liittyen ja CIA:n tuella vuonna 1973. Suomen ensimmäiset pakolaiset Chilestä ovat tämän vallankaappauksen ja sitä seuranneen sorron muistomerkkejä. Tämäkin voidaan siis kytkeä osaksi psykiatrian historiaa.

Mielenhäiriöillä, mielen sairastumisella ja niiden hoidon kokeiluilla on siis oma pelottava historiansa. Näitä hoitokokeiluja demonisoidaan nykyhetken näkökulmasta arvioiden sijoittamatta niitä historialliseen taustaan ja aikakautensa ihmisten ymmärryksen ja tiedon tasoon. Taikaus-

ko ja tiedon vajavuus paljastavat armotta kunkin aikakauden kyvyttömyyden ymmärtää mielenvikaisuuden logiikkaa ja sen monimuotoisuutta, sen kytkeytymistä ihmissuhteisiin, niiden puutokseen tai vinoumiin, kasvuympäristön puutteisiin ja sosiaaliseen todellisuuteen, syrjäytymiseen, kurjuuteen, nälkään ja torjuttuun ihmisyyteen. Hoitokeinot tai sellaisiksi mielletyt ovat aina kummunneet sen hetken vallitsevien aatteiden ja ymmärryksen pohjalta, usein hyvin puutteellisten mutta ajankohtanaan hyväksytyjen ajatusmallien kautta.

Kun nyt arvioimme menneisyyttä, on kuitenkin hyvä pitää kirkkaasti mielessä se, että myös nykykäsityksemme mieleemme häiriöistä on edelleen varsin puutteellinen. Meillä on kyllä jatkuvasti lisääntyvää ja kumuloituvaa ns. ”tieteeseen perustuvaa tietoa ja vaikuttavaksi koettua hoitoa”. Niin kauan kuin tietomme aivojen erilaisen solujen ja niiden muodostamien verkostojen toiminnasta ja keskinäisestä vuorovaikutuksesta ovat edelleen hatarat ja puutteelliset, emme myöskään tarkkaan tiedä, miten aivojen ns. toiminnalliset häiriöt ja niiden ilmenemismuodot, mielenterveyshäiriöt, muodostuvat.

Emme siis varmuudella ja yksiselitteisesti tiedä, miten käyttäytymishäiriöimme selittyvät, onko niillä selkeä solubiologinen pohja, ja jos on, millainen se on. Aivan uuden ulottuvuuden häiriökäyttäytymisen kehittymiseen ja sen mahdolliseen periytymiseen on tuonut tuore tieto niin sanotusta epigeneettisestä periytymisestä. Tällä käsitteellä ymmärretään ilmiötä, jonka mukaan perimässämme saattaa tapahtua muutoksia myös ympäristön sosiaalisten vaikutusten ansiosta. Meidän perintöekijämme saattavatkin muuntaa elinaikanamme kokemiemme syvien emotionaaliseen elämäämme vaikuttavien asioiden vuoksi. Niin kutsuttu sosiaalinen perimä on saamassa selitykseksen myös biologiseen sukusolumme syntyvän muutoksen, joka periytyy jälkeläisiimme. Jos näin tulee tiede kehitystä todistamaan, olemme myös mielenterveyden muutosten ja niiden periytyvyyden kanssa aivan uusissa näkymissä.

Kykymme ymmärtää mielenhäiriöt ja -sairaudet ovat siis edelleen rajatut.

Rajatut ovat myös kykymme niiden hoitoon. Onneksi olemme luultavasti oikealla polulla: saattaa olla, että viime vuosikymmenien edistysaskeleet tuovat aikanaan ymmärryksen ja selityksen mielenterveyden ja sen häiriöiden moniin sel-

vittämättömiin ongelmiin.

Ei ole siis kovin ihmeellistä, että psykiatria kokonaisuudessaan on ollut menneisyytensä valossa vahvasti stigmatisoitu tai se on itse itsensä stigmatisoinut. Historian huomioiden ei myöskään ole ihme, että epävarmuus psykiatrian ja psykiatrien suhteen ja heidän toteuttamaansa hoitoon on ollut horjuvaa. Myös biolääketieteellisesti yhä voimakkaammin suuntautuvan muun lääkärinkunnan luottamus psykiatriaan on ollut puutteellinen. Osin tämä selittyy pitkästä hallinnollisesta erillisyydestä ja siitä aiheutuvasta yhteistyösuhteen vajavuudesta.

Hyvä ja toimiva hoitojärjestelmä edellyttää lääkärinkunnan ja muun henkilökunnan keskinäistä luottamusta ja siihen liittyvää toisen työn ja ammattitaidon kunnioittamista, yhdenvertaisuuden kokemista. Vain siltä pohjalta voi syntyä toimiva ja harmoninen potilaan yhteishoito. Siinä on haastetta tulevaisuuteen.

Mielenterveys ja hyvinvointipolitiikan kehitys 1900-luvun loppupuolella

1960-luku muutti jotain olennaista länsimaaisessa ajattelussa ja syrjäytettyjen kohtelussa. Hyvinvointivaltion rakentaminen nousi arvotavoitteeksi ainakin Pohjoismaissa. Hyvinvointipolitiikan rakentamisen tavoitteeksi katsottiin eriarvoisuuden kaventaminen, joten marginaalisissa olleet ryhmät otettiin poliittisen keskustelun piiriin ja joitakin korjauksia palveluiden järjestämisessä ja saatavuudessa toteutettiin. Suomessa 1970-luvun alussa voimaantulleet kansanterveyslaki, peruskoululaki ja päivähoitolaki olivat askeleita tähän suuntaan. Heräsi orastavaa uskoa siihen, että yritettäisiin edetä yhdenvertaisuutta kohti. Osin tähän muutokseen vaikutti myös lääketieteen kehitys ja kansanterveydellisen näkökulman vahvistuminen. Mielenterveyspuolella psyykkisten sairauksien hoitoon kehitetyt ensimmäiset lääkkeet antoivat lupauksen mielen sairauksien hallinnasta ja biotieteiden mahdollisuudesta ratkaista mielisairauksiin liittyvää mystiikkaa. Muutos kirjautui omaksuttuun sanastoon ja sitä heijastavaan merkityksen muutokseen. Mielisairaanhoidon rinnalle nostettiin mielenterveys työ. Tämä uudistus toteutettiin Suomessa lakitasolla 1980–1990-lukujen taitteessa. Palveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat ja kuntainliitot velvoitettiin vastaamaan ei vain mielisairaanhoi-

dosta, vaan koko väestöön kohdistuvasta mielen-terveystyöstä. (Mielenterveyslaki 1990).

1990-luvun alun lama iski kuitenkin Suomessa rajusti mielenterveyspalveluihin. Ne oli juuri integroitu hallinnollisesti sairaanhoitopiireihin ol- tuaan ennen sitä 150 vuotta oman erillisen hal- linnollisen sateenvarjonsa alla. Uuden hallinnon alaisuudessa ja tiukentuneessa taloudellisessa tilanteessa asenneilmasto jälleen viilentyi ja mie- lenterveyspalvelut ajettiin rajusti takaisin margi- naaliin. Terveysten hoidon ja sosiaalityön sisäisessä kamppailussa vahvat voittivat ja puolustuskyvyt- tömät ja heikot maksoivat säästöjen hinnan. La- man aiheuttamiin taloudellisiin rakennemuutok- siin sortuneet jätettiin laajemminkin yksin. Eh- käisevät terveystaloudelliset rakenteet rapisivat tai katosivat, päivähoito- ja luokkakoot kasvoivat, neuvola- ja kouluterveydenhuolto supistui, mie- lenterveyspalveluja purettiin, tuhansia sairaansijo- ja suljettiin ja avohoitoverkostot rapautuivat.

1990-luvun lama oli pääosin suomalainen il- miö, mutta siitä toipumiseen käytettiin perinteisi-ä ns. ”tuhokapitalismin” toteuttamisessa omak- suttuja keinoja. Silloisessa sokkihoidossa pankit ja pääomat kyllä pelastettiin, mutta hyvinvoin- tivaltion perusrakenteita horjutettiin säästöin ja leikkauksin, leipäjonot syntyivät säilyäkseen ja eriarvoisuuden kasvu reaalitaloudessa hyväksyt- tiin, vaikka hallitusohjelmiin edelleen kirjoitet- tiin perustuslain velvoite kansalaisten yhdenver- taisuudesta. Hallituksen reaalipolitiikassa siirryt- tiin paradigmaattisesti hyvinvointivaltion raken- tamisesta ja sen puolustamisesta liberalistiseen kilpailutalouteen, joka hiljalleen syöpyi EU:n jä- senyyden myötävaikutuksella myös osaksi terve- ys- ja sosiaalipalveluita. Tultiin tilanteeseen, jos- sa nyt olemme.

Biolääketieteellinen näkemys hoidon ainoana perustana nousi ensisijaiseksi tehokkuuden ja ta- loudellisuuden kriteeriksi. Sosiaalilääketieteelli- set argumentit väistyivät päätöksiksi ja valintoja tehtäessä. Mielenterveystyö syrjäytyi näissä ase- telmissa. ”Mielä” katosi palveluista, kuten kato- sivat työntekijätkin ja heissä virinnyt usko palve- lujen kehittämiseen.

Kansalaisyhteiskunnan vastaus on kuitenkin ollut kiintoisa. Toistuvat gallupit ovat vuosikym- menen osoittaneet, että ihmiset haluavat hyvin- vointivaltion palveluineen edelleen säilyvän. Po- liittiset puolueet niitä lupaavat vaaliohjelmissaan, mutta reaalitaloudessa nämä lupaukset unohde- taan. Kansan jakautuminen eri tason palvelui-

den käyttäjiin on käymässä yhä selvemmäksi. Työikäisille on kehitetty oma, ilmainen ja yhä enemmän myös sairaanhoitoa tarjoava työter- veyshuoltonsa. Kansanterveystyön pariin jäävät työelämän ulkopuolella olevat, syrjäytetyt ja kas- vava ikääntyneiden joukko. Sen ääni ei kuulu ei- kä sitä kuulla päätöksentekijäin tasolla.

Hyvinvointiyhteiskunnan horjuessa potilas- ja omaisjärjestöt ovat kehittyneet nopeasti ja otta- neet lisääntyvää vastuuta myös mielenterveyson- gelmaisista. Sinnekö vastuuta halutaan siirtää ta- louden kiristymisen myötä?

Masennuksen politiikkaa

1960-luvulla abortti oli Suomessa lähes laitton. Vain masentuneet ja itsemurhan partaalla, itsel- leen vaaraksi olevat naiset voivat saada abortin. Laittomia abortteja tehtiin vuosittain parikym- mentä tuhatta, ja niistä jäi pahaa jälkeä. 1960-lu- vun sukupolvi halusi vapaan abortin terveydelli- sistä syistä ja osana tasa-arvotaistelua. Kun nykyi- nen aborttilaki tuli voimaan 1970-luvun alussa, tilastot muuttuivat. Lailliset abortit lisääntyivät. Laittomat abortit hävisivät kokonaan. Samal- la hävisi tilastoista viisituhatta tapausta nuorten naisten vakavaa masennusta. Ei tarvinnut pohtia itsemurhaa tai potea masennusta.

Aborttihistoria kuvaa, miten lääketiede toi- mii tahtomattaan eräänlaisena yhteiskunnallisen anteeksipyyntökanavana. On tilanteita, jotka kaipaivat yhteisöllisiä ratkaisuja, mutta niitä ei kyetä hahmottamaan. Lääkäri näkee yhden poti- laan ja etsii ratkaisua tämän ihmisen ongelmaan. Hänen lääkkeensä on anteeksipyyntö, koska pa- rempaa yhteisöllistä ratkaisua ei ole käsillä.

Nyt masennuksen osuus kasvaa eläköitymisen syynä. Lääkäri tarvitaan eläkelausunnon kirjoit- tamiseen, kun yhteisön pitäisi asettua työelämän kovuutta vastaan etsimään yhteisöllistä ratkaisua. Ihminen masentuu epävarmassa työssä, riistäväs- sä työelämässä ja kovassa työilmapiirissä vanhe- tessaan. Mutta joukossa on myös nuoria ihmisiä, työelämän varhain loppuun kuluttamia, poishei- tettyjä. Masennus iskee nuoriin ja nuoriin naisiin vielä erityisemmin syömishäiriöineen. Olisi syy- tä eritellä, miksi naiseuden pakkopaita on tullut tiukemmaksi. Lääkärin anteeksipyyntö voi tar- jota vain mielialalääkkeitä. Masennuslääkkeiden kulutus on Suomessa huipputasoa, muut Poh- joismaat selviävät vähemmällä.

Mielenterveyden talous

Onko mielenterveystyöllä edellytyksiä ja mahdollisuuksia nousta marginaalista kohti yhteiskunnallista keskiötä, kohti hyväksyttävyyttä, tilaan, jossa sen itseisarvo ja merkittävyys tunnustettaisiin? Suomessa, kuten läntisissä kapitalistisissa yhteiskunnissa yleisesti, on selvästi nähtävissä yhteiskunnallinen uusjako. Kansakunta jakautuu useaan kerrokseen, hyvinvoiviin korkean tason kuluttajiin, kohtuullisesti toimeentuleviin palkansaajiin ja niukkatuloisten, työttömien ja eläkeläisten köyhimpään ryhmään. Meneillään oleva makrotaloudellinen globalisaatio kiristyneine kilpailuineen, tehostuvine työmarkkinoineen ja kovenevine panoksineen näyttää johtavan edelleen syrjäytymisen vahvistumiseen. Miten tässä yhteiskunnallisen kehityksen vaiheessa mielenterveystyö voisi nousta marginaalista keskiöön, ketä se voisi silloin kiinnostaa ja miksi?

Hollannin yhteiskuntatieteellinen tutkimus on aina ollut kiinnostunut talouden ja yhteiskunnallisen kehityksen välisistä suhteista. Eräs tuon tutkimusperinteen innovaatioita on Rifka Weehuizenin kirja ”Mental Capital”, joka on ensimmäinen taloustieteen puolelta tehty laaja analyysi, joka selvittää mielenterveyden häiriöiden ja kansantalouden välisiä suhteita. Kirjan lähtökohtana on ajatus, että mielenterveysongelmat ovat myös keskeisiä kansantalouden ongelmia.

Weehuizen toteaa, että 1990-luvulla viiden-toista EU-maan työstä aiheutuvan stressin suorat kustannukset olivat noin kolme prosenttia bruttokansantuotteesta ja että epäsuorat kustannukset lähes kaksinkertaistivat kokonaiskustannukset. Noin 50–60 prosenttia työssä poissaoloista oli arvioiden mukaan stressijohtaisia. Mielenterveysongelmien arvioitiin vievän noin 15–25 prosenttia koko terveydenhuollon kustannuksista. Ne olivat erityisesti lääkekustannusten osalta edelleen voimakkaassa nousussa. Oman maamme luvut tukevat samoja kehitystrendejä.

Merkityksellistä on, että vakavat psykiatriset sairaudet – skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö – eivät näytä lisääntyneen, mutta mielenterveyden häiriöiden kokonaisrasitus on vahvasti kasvussa.

Laajassa ja varsin hyvin dokumentoidussa tutkimuksessaan Rifka Weehuizen nostaa esiin epäilyn siitä, että 1900-luvulla tapahtunut informaatiotulvan kasvu ja informaationkäsitteeseen siirtynyt talous on 2000-luvulle siirtyessämme muut-

tanut länsimaisen kilpailuyhteiskunnan toimintatavat. Työ ja sen vaativuus on muuntunut voimakkaasti aivotyöskentelyn suuntaan. Selviytyminen uusilla työmarkkinoilla vaatii uudenlaisia tieto-taitoa ja sen soveltamista. Työ yksityistyy ja yksinäistyy ja sen aiheuttama rasitus muuntuu jatkuvaksi, ei vain työaikaan sidotuksi. Nyt tämä rasitus ja sen purkautuminen on alkanut näkyä ihmisten mielen murtumina. Se heijastuu jo syvälle perhe-, koulu- ja työelämään. Työn muuttunut luonne johtaa paineisiin, jotka koetaan ja tulkitaan yksilöllisinä, vaikka ne todellisuudessa ovatkin yhteiskunnan ja sen talouden rakenteen, kovan työpaineen ja kilpailun tuottamia. Näiden mielenmurtumien taakka tuotannon kehittämiseksi alkaa olla sama kuin bruttokansantuotteen kasvu tai se alkaa ylittää tuottavuuden.

Miksi siis tukea ja edistää sellaista tuotannollista kilpailutaloutta, jossa nyt elämme, jos se vain lisää tuskaa ja heikentää tuotannon kasvua. Tutkimustulokset osoittavat, että viime vuosikymmenien talouskasvu ei ole johtanut taloudellisen kasvun maissa lisääntyneeseen onnellisuuteen (Inglehart 1997), vaan että se osittain on voitu yhdistää päinvastaiseen kehitykseen, yksinäisyyden ja masennuksen kasvuun väestössä. Tämä hyvinvoinnin ja epähyvinvoinnin paradoksi on eräs ekonomistien ratkaisemattomista ongelmista. Onnellisuus lienee hyvin lähellä sitä, mitä ihmiset toivovat saavuttavansa, joten sen pitäisi olla kansantalouden ja sen tuottavuuden tavoite. Onko kilpailutalouden, vapaan globaalitalouden kehitys tulossa umpikujaan?

Kun 1960–1970-luvuilla ekonomistit korostivat koulutuksen tärkeyttä tuottavuuden kasvun edellytyksenä, Weehuizen kysyy nyt, onko hyvä mielen-terveys se tuotantokyvyn voima, johon olisi panostettava. Lisääntyvä mielenterveysongelmien taakka olisi saatava hallintaan ja niukkenevat resurssit käytettävä teollisuusmaissa mielenterveyttä tukevan pohjan luomiseen ja siten myös tuotannollisen kapasiteetin vahvistamiseen. Miten tämä käänne saadaan aikaan, lienee sellainen kansanterveyden ja kansantalouden haaste, jota yksikään länsimainen talous ei ole vielä ryhtynyt tosissaan kohtaamaan.

Tällä hetkellä Weehuizenin analyysi ja sen pohjalta nostetut kysymykset näyttävät olevan entistä keskeisimpiä ja ajankohtaisempia, kun globaalitalouden kriisi on kohdannut kansantalouksia vielä vahvemmin kuin on osattu ennakoida. Miten tästä kriisistä tulemme ulos paremmin mielen-terveyttä tukevin toimin, on täysin avointa.

2000-luvun uusi mahdollisuus

Vuosituhanen vaihte nosti – hieman yllättäen – kansainväliseen terveyspoliittiseen keskusteluun mielenterveystyön. Tärkeimpänä syynä siihen oli Maailman terveysjärjestön WHO:n vuonna 1998 valittu uusi pääjohtaja, Norjan entinen pääministeri Gro Harlem Brundtland. Hän valitsi viisivuotiskautensa pääteemoiksi kaksi suurta kansanterveyskysymystä, tupakan ja mielenterveystyön. Tupakanvastainen toiminta oli menestys – teollistuneiden maiden kannalta. Tulokseksi oli valtioita sitova terveyspoliittinen tupakkarajoittava sopimus, jonka toimeenpanoon voimat riittävät teollisissa maissa. Riittävätkö ne muualla osassa maapalloa, on vielä nähtävä. Saattaa olla, että globaali tupakkateollisuus onnistuu siirtämään tupakanpolton seuraamukset kehitysmaiden väestön kannettavaksi. Siten nämä saavat terveydellään maksaa saman hinnan, jonka läntiset maat ovat jo maksaneet keuhkosyövän aiheuttaman kuolleisuuden lisäyksenä.

Mielenterveyspolitiikan Brundtland nosti terveyspoliittisen keskustelun keskiöön. WHO nimitti vuoden 2002 maailman mielenterveysvuodeksi, järjestön vuosikirja keskittyi mielenterveysteemoihin ja jäsenvaltioiden ministerit todistivat toisilleen WHO:n yleiskokouksessa mielenterveystyön tärkeydestä. Pääjohtaja havahdutti päätöksentekijöitä ennusteella, että masennus tulisi nousemaan vuonna 2020 toiseksi tärkeimmäksi globaalien tason kansanterveysongelmaksi (World Health Report 2001).

Talousyhteisönä kehittyvä Euroopan unioni on 2010-luvulla kokemassa uudenlaisia haasteita. Sen jäsenmaiden väestö on nopeasti vanhenemassa, globalisaatio etenee ja kansainvälinen kilpailu kiristyy. Jäsenmaat joutuvat 2010-luvulla miettimään sekä paisuvia sairaus- ja eläkemenojaan että väestön ikääntymisen vaikutusta taloudelliseen tuotantoon ja palvelurakenteittensa kestävyYTEEN. Mistä on löydettävissä työvoimareservejä, mistä puristettavissa säästöjä? Missä ovat kalleimmat talouden ”vuotokohdat”, missä tuottavimmat säästämiskohteet? Hyvinvointipolitiikan rahoitus kohtaa vaikeuksia. Terveys- ja sosiaalimenojen kasvu on ylittämässä useissa maissa kipukynnyksen. Mitä säästöjä niistä olisi löydettävissä? Olisivatko väestön sairastavuusluvut käännettävissä laskuun? Sydän- ja verisuonitauti- sekä liikuntaelintautiryhmät on saatu jo laskevaan suuntaan, mielenterveyden ongelmien

kasvu on edelleen voimakasta. Olisiko siis niihin tarttumalla saatavissa merkittäviä kansantaloudellista hyötyä? Biolääketieteen eteneminen geeni- ja aivotutkimuksen alueilla saattaa tuoda merkittävää muutosta myös mielenterveyden moninaisuuden selvittämiseen. Epigenetiikka on samanaikaisesti myös antamassa vahvenevaa tieteellistä näyttöä sosiaalilääketieteelliselle mielenterveystyölle.

Voitaneen perustellusti olettaa, että vasta mielenterveyden kansantaloudellisen merkityksen esiinnousu voisi havahduttaa päätöksentekijät.

Kansainvälisenä lipunkantajana

Suomi osui terveyspoliittiseen kultasuoneen valitessaan vuonna 1999 ensimmäisen EU-puheenjohtajuutensa kansanterveysteemaksi mielenterveystyön. Me ennakoimme aaltoa, jonka harjalla mielenterveystyö pysytteli 2000-luvun alkupuolen. ”There is no health without mental health” -puheenjohtajuusteamme iskostui kansainväliseen sanastoon, ja sen nimeen on vannottu sekä WHO:n että EU:n eri areenoilla (esim. WHO/EURO 2005). Vuoden 2005 helmikuun WHO:n, EU:n ja Euroopan neuvoston ensimmäinen yhteinen ministeritason mielenterveyskonferenssi Helsingissä sitoutti jäsenvaltiot mielenterveyspolitiikan toteuttamiseen. Kokous vahvisti selkeät viisivuotistavoitteet mielenterveystyölle ja -palveluiden kohentamiselle. Mielenterveyskonferenssia seurasi EU:n niin sanottu Vihreä kirja mielenterveyden edistämisestä, joka varmensi poliittisen tason sitoutumista (European Commission 2005). Se lähetettiin laajalle konsultaatiokierrokselle. Sekä EU:n parlamentti että sen talous- ja sosiaalineuvosto molemmat antoivat sen johdosta yksityiskohtaiset ja monipuoliset kannanotonsa (European Commission 2006; Report and Recommendations of... 2006). Komissio lupasi, että varsinainen mielenterveyttä koskeva ohjelma julkistettaisiin syksyn 2007 aikana. Vasta ohjelma taloudellisine sitoumuksineen konkreettisesti osoittaisi, onko EU:n aktivoituminen vain retoriikkaa vai todellista panostusta mielenterveystyön edistämiseen.

Miten kävi? Todellisuus on, että viime metreillä komission valmistelussa ja kädenväänössä ohjelma supistui ja vääristyi niin, että jäsenvaltiot eivät halunneet siitä päätöstä. Vuosien voimakas panostus mielenterveystyön vahvistamiseen koh-

tasi komission sisäisen vastarinnan eikä kyproslaisen komissaarin oma ymmärrys ja sitoutuminen riittänyt asiakirjan läpiviemiseen.

EU:n mielenterveys sopimus Pact allekirjoitettiin Brysselissä vuonna 2009. Kävi kuin kissalle, jolla oli hiiri räätälinä, ei tullut takkia eikä liiviä, vaan taisi tulla tuppi. Sopimus erittelee neljä teemaa, joita valmisteltiin temaattisten konferenssien avulla. Teemat ovat lasten ja nuorten mielen-terveys, ikäihmisten mielen-terveys, depression ja itsemurhien ehkäisy ja työelämän mielen-terveys. Temaattiset kokoukset eivät vie erityisemmän voimakkaasti asiaa eteenpäin EU-maissa, vaikka näyttävyyttä onkin saatu. Hallinnon prosessit ja poliittiset sitoumukset vievät aikaa – muutama vuosikymmen helposti vierähtää.

Onko tämä muutos todellinen?

Mielen-terveys näyttäytyy 2010-luvulla hieman uudenlaisessa valaistuksessa. Se on saanut selkeän kansainvälisen ja myös kansallisen näkyvyyden politiikkatason asiakirjoissa. Se on nousmassa varteenotettavaksi kansanterveydelliseksi haasteeksi. Sen aiheuttamat menetykset koetaan todellisenä taloudellisenä uhkana ja työelämän tuottavuutta rasittavana. Sen aiheuttamia ongelmia kuvaamaan on kehitetty uusia kielikuvia. Hulluus ja mielen-terveys on koetaan vanhahaviksi käsitteiksi, mielisairaudet ovat vaihtuneet psykkisiksi ongelmiksi tai sairauksiksi. Mielen-terveyspalvelut kuvaavat ongelmien ja psykiatristen sairauksien hoitojärjestelmää, niitä pyritään integroimaan muun lääketieteen rinnalle. Näyttää siis kuin tuo mielen-terveysongelmiin liittynyt stigma olisi kadonnut uusien mielikuvien luodessa uudet kielikuvat.

Mutta ovatko ihmisten arvomaailmat muuttuneet syvällisemmin? Onko reaali- maailmassa tapahtumassa merkittäviä muutoksia? Ovatko psykiatriset potilaat yhdenvertaisia somaattisia sairauksia sairastavien rinnalla? Entä kohdellaanko heitä tasavertaisina kansalaisina, kun he palaavat työelämään?

Pääosin näytöt muutoksesta yhteiskunnassamme vielä puuttuvat. Vasta todellisuuden muuttuessa vastaamaan rakennettuja mielikuvia siirymme retoriikasta reaali- todellisuuteen. Emme elä vielä sitä hetkeä. Onko se 2000-luvun ensimmäisillä vuosikymmenillääkään realismia? Asenne- murrokset ovat ylisukupolvisia prosesseja. Medi-

an välittämät psykiatriisiin potilaisiin kohdistuvat pelkokuvat ovat yhä arkipäivää, ja ne ylläpitävät stigmaa, joka on kuin tunnistamaton, useimmiten näkymätön verkko, joka lepää päällämme ja tukahduttaa rationaaliset pyrkimyksemme pelkojemme voittamiseen. Näin on käynyt selkeästi esim. koulusurmien uutisoinnin yhteydessä.

Sosiaali- ja terveysministeriö tukee parhaillaan laajoja mielen-terveys- ja päihde- palveluiden kehittämishankkeita eri puolilla maata. Ministeriön ”Mieli 2009” -ohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007) vastaa hallitusohjelman edellä kuvattuihin haasteisiin. Näiden kokeiluprosjektien ja ohjelmien harteilla lepää nyt vastuu siirtymisestä sanoista tekoihin ja näyttöihin. Eilispäivän ohjelma antoi osin vastauksia näihin kysymyksiin. Nyt kysymme toteutuvatko lupaukset ja vastataanko kansanterveyden uusiin uhuksiin myös todellisin ja vaikuttavin panostuksin.

Päätökset antavat edelleen odottaa muutoksen toteuttamista. Onko uhaava talouslama jälleen se, mitä käytetään välineenä muutoksen vaimentamiseen ja lupauksen toimeenpanon siirtämiseen? Näin on helposti ennakoitavissa. Työelämän osapuolet jo suorittivat ”kaappauksen” ja varmensivat Kela-maksun poiston myötä tulonsiirron työikäiselle väestölle jättäen Sata-komitean vaille todellisia muita ehdotuksia. Lupaukset, joita on viritetty sosiaaliturvan uudistamiseen, näyttävät hiipuvan ja eriarvoisuuden kehitys näin edelleen vahvenee. Tämä ei voi olla yhteiskunnallisen kehityksemme ja hyvinvointiyhteiskuntamme tie. Se on vastoin kansamme perustuslakiin kirjoitettuja oikeuksia.

Lopuksi

- Mielen-terveyttä koskevat ongelmat ovat väijäämättä nousmassa keskeiseksi kansanterveysongelmaksi.
- Niihin liittyvät historian painolastit ovat jäämässä hiljalleen menneisyyden hämärään.
- Siirtymisemme talouden kehityksessä informaatioteolliseen vaiheeseen mielen kuormittuminen on saanut uudet ulottuvuudet ja kuormittumisesta on alkanut seurata yhä uusia ja merkittäviä mielen-terveydellisiä häiriöitä.
- Tietoyhteiskunnan kehitys näkyy perheissä ja vaatii uudenlaisia solidaarisuuden rakenteita kansalaisyhteiskunnassa.

- Kansantalouden edustajat teollisissa maissa toteavat mielenterveyden häiriöistä aiheutuvien menetysten jo alkavan ylittää taloudellista kasvusta saavutettavan hyödyn.
- Talousteoreetikkojen ajatus jatkuvan kasvun hyvinvointivaikutuksista alkaa kääntyä päälleen.
- On tullut aika arvioida uudelleen myös talousjärjestelmän hyöty/haittamittareita. Saat-
taa olla, että mielen kuormittumisen kasvu tulee asettamaan kriittiset rajat myös kansantalouksien kestokyvyille.
- Mielen ymmärtäminen on saamassa tieteen edistyessä sekä aivotutkimuksen ja siihen kyt-

keytyvän aivoston tietotoiminnan syventävän hahmottamisen kautta uusia selityksiä myös mielen toiminnallisille ”häiriöille”, joita nykyään kutsutaan eri sairausnimikkeillä.

- Olemme elämässä murrosvaihetta, jossa yhteiskuntien on uudelleen arvioitava perustavaa laatua olevia tavoitteitaan.
- Hyvinvoinnin ja onnellisuuden tavoittelu ei onnistu mieltä murtavien rasitteiden, kilpailun ja sen tehostamisen kautta.
- Mielenterveys on se perusvoimavara, joka meidän on kyettävä turvaamaan.

There is no Health without Mental Health!

TIIVISTELMÄ

Jarkko Eskola & Vappu Taipale: Mielenterveyspolitiikka terveyspolitiikan keskiöön

Stigma mielen sairauden ympärillä on kulttuurisesti iskostunut meihin hyvin syvälle ja ympäristön sosiaalisen paineen kasvaessa se ilmaantuu aina uudelleen ja muokkaa toimiamme jatkuvasti.

Mielen sairastumisella ja hoidolla on oma pelottava historiansa. Hoitokokeiluja demonisoidaan sijoittamatta niitä historialliseen taustaansa. Taikausko ja tiedon vajavuus paljastavat armotta kunkin aikakauden kyvyttömyyden ymmärtää mielenvikaisuuden logiikkaa tai sen yhteyttä syrjäytymiseen, kurjuuteen, nälkään ja torjuttuun ihmisyyteen.

1960-luku muutti länsimaista ajattelua ja syrjäytettyjen kohtelua. Hyvinvointivaltion rakentaminen nousi arvotavoitteeksi. Hyvinvointipolitiikan rakentamisen olennaiseksi osaksi katsottiin eriarvoisuuden kaventaminen, marginaalissakin olleet ryhmät otettiin poliittisen keskustelun piiriin. Mielenterveys on sittemmin 1970-luvulta asti ymmärretty ihmisten ja yhteisöjen uusiutuvana voimavarana, joka on uusiutuvien luonnonvarojen kaltainen. 1990-luvun alun lama iski Suomessa rajusti mielenterveyspalveluihin. Ne oli juuri integroitu hallinnollisesti sairaanhoitopiireihin oltuaan ennen sitä 150 vuotta oman erillisen hallinnollisen sateenvarjonsa alla. Uuden hallinnon alaisuudessa ja tiukentuneessa taloudellisessa tilanteessa asenneilmasto jälleen viilentyi ja mielenterveyspalve-

lut ajettiin rajusti takaisin marginaaliin. Terveystieteiden ja sosiaalityön sisäisessä kamppailussa vahvat voitit ja puolustuskyvyttömät ja heikot maksoivat säästöjen hinnan.

1960–1970-luvuilla ekonomistit korostivat koulutuksen tärkeyttä tuottavuuden kasvun edellytyksenä. 2000-luvulla mielenterveys näyttäytyi uudenlaisessa valaistuksessa. Se on saanut selkeän kansainvälisen ja myös kansallisen näkyvyyden politiikkatason asiakirjoissa. Se on nousemassa varteenotettavaksi kansanterveydelliseksi haasteeksi. Sen aiheuttamat menetykset koetaan nyt todellisena taloudellisenä uhkana ja työelämän tuottavuutta rasittavana. Sen aiheuttamia ongelmia kuvataan uusilla kielikuvilla. Hulluus ja mielenvikaisuus koetaan vanhahtaviksi käsitteiksi ja mielisairaudet ovat vaihtuneet psyykkisiksi ongelmiksi tai sairauksiksi. Mielen ymmärtäminen on saamassa tieteen edistyessä aivotutkimuksen uusia selityksiä.

Nyt on ymmärrettävä, että hyvä mielenterveys on se tuotantokyvyn voima, johon on panostettava. Lisääntyvä mielenterveysongelmien taakka olisi saatava hallintaan ja niukkenevat resurssit käytettävä teollisuusmaissa mielenterveyttä tukevan pohjan luomiseen ja samalla tuotannollisen kapasiteetin vahvistamiseen. Miten tämä käänne saadaan aikaan, on sellainen kansanterveyden ja kansantalouden haaste, jota yksikään länsimainen talous ei ole vielä ryhtynyt kohtaamaan.

KIRJALLISUUS

- Eskola, Jarkko & Karila, Antti (toim.): Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima OY, 2007
- European Commission. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Luxembourg, 2005
- European Commission. Responses to Green Paper. Promoting the Mental Health of the Population. Luxembourg 19/12/2006, Revised version 2006
- European Pact for Mental Health and Wellbeing 2008, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants
- Klein, Naomi: The Shock Doctrine- The Penguin Books, 2008
- Lancet 2007, Global Mental Health Initiative: 370:859–877
- Mielenterveyslaki, 14.12.1990/1116. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Report and Recommendations of the Consultative Platform on Mental Health. Response to the EC

- Green Paper, COM (2005) 484. Report and Recommendations of the EU Consultative Platform on Mental Health. 2006
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Asettamispäätös 10.04.2007, STM 122:00/2007 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma/ Mieli 2009 -työryhmä
- WHO/EURO: Mental Health Action Plan for Europe. Kööpenhamina: WHO, 2005
- WHO/EURO: European Pact for Mental Health and Wellbeing, Brussels 12–13 June 2008
- Weehuizen, Rifka: Mental Capital, an exploratory study of the psychological dimension of economic development. Consultative Committee of Sectors Councils for Research and Development. The Netherlands, 2005
- World Health Report 2001. Mental Health, New Understanding, New Hope. WHO, Geneve 2001.

THL julkaisee

Julkaisujen tilaukset

www.thl.fi/kirjakauppa

puhelimitse asiakaspalvelusta

puh 020 610 7190 arkisin klo 9–12

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010

Statistisk årsbok om social- och sjukvården 2010



Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2010

Vuosikirja sisältää keskeisiä tilastotietoja hyvinvoinnista ja terveydestä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmästä. Tiedot esitetään aikasarjoina. Vuosikirjassa on ensimmäistä kertaa mukana tietoja tartuntatautitapauksista sekä THL:n väestökyselyiden tuloksia väestön terveyskäyttäytymisestä ja terveydestä sekä Suomen sosiaaliturvaa koskevista mielipiteistä. Vuosikirja on käsikirja, joka soveltuu käytettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä, hallinnossa ja tutkimuksessa.

2011 274 s 40 €

Elina Palola ja Vappu Karjalainen (toim.) Sosiaalipolitiikka – hukassa vai uuden jäljillä?



Suomalaisen hyvinvointivaltion suuri tarina on vertaansa vailla – mutta niin on myös maassamme 1990-luvulla alkanut eriarvoistuminen. Mitä sosiaalipolitiikalle on oikein tapahtunut?

Kirjan artikkeleissa pohditaan sosiaalipolitiikan kehityskulkuja monesta suunnasta. Niissä tarkastellaan historiaa ja ”Suomen mallin” kehitystä pohjoismaiseksi malliksi. Tämän päivän analyysit taas osoittavat, että sosiaalipolitiikan palauttamisesta oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon juurille on tullut välttämättömyys.

Julkaisu on alan kokeneiden asiantuntijoiden painava puheenvuoro sosiaalipolitiikan kehityslinjoista 2010-luvun Suomessa.

2011 377 s. 35 €



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS